



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública
Programa Ampliado de Inmunizaciones



Ficha de reporte y seguimiento de mujeres vacunadas inadvertidamente estando embarazadas

1. Fecha: ____/____/____
Día Mes Año

2. Semana Epidemiológica

3. Municipio de procedencia _____

4. Departamento _____

5. Hospital o Institución que reporta _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

6. Nombre y apellidos de la paciente _____

7. Edad _____ (años) 8. Dirección domicilio: _____

9. Barrio _____

10. Teléfono _____

11. Régimen de afiliación: ☐ Contributivo ☐ Subsidiado ☐ No afiliado ☐ Especial ☐ Otro

12. EPS/ARS: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

13. Número de gestaciones: _____

14. Número de partos previos: _____

15. Número de abortos previos: _____

16. Fecha de última regla: _____

17. Edad gestacional: _____ (semanas)

18. Fecha probable de parto: _____

19. Medicamentos suministrados durante la gestación _____

20. Dosis y tiempo _____

21. Enfermedad(es) que padece _____

22. Antecedente de haber padecido rubéola: SI ☐ NO ☐ Se desconoce: _____

23. Fecha de aplicación de la vacuna SR: ____/____/____
Día Mes Año

23a. Edad gestacional al momento de recibir la vacuna SR: _____ (semanas)

24. Lugar o IPS en donde se aplicó la vacuna: _____

25. Presentó algún evento adverso posterior a la vacunación: SI ☐ NO ☐

Ficha de reporte y seguimiento de mujeres vacunadas inadvertidamente estando embarazadas

26. Si la respuesta fue afirmativa, ¿cuáles? _____

27. ¿Se obtuvo muestra de suero? SI ☐ NO ☐

28. Fecha de toma: ____/____/____
Día Mes Año

28a. Intervalo entre las fechas de vacunación y toma de la muestra:

29. Resultado de la prueba: IgM. Positiva: ____ Negativa: ____
IgG. Positiva: ____ Negativa: ____

30. Clasificación del estado inmune probable al momento de la vacunación:

Susceptible o no inmune ____
No susceptible o indeterminado ____
Se desconoce ____

31. Nombre de la clínica u hospital donde llevan el control prenatal: _____

32. Nombre del médico general u obstetra que la atiende: _____

35. DATOS DE FUNCIONARIOS DE SALUD QUE REALIZARON EL SEGUIMIENTO Y LA INVESTIGACIÓN

Nombre _____

Cargo que desempeña _____

Fecha de investigación _____

Institución _____

Teléfono _____

Firma: _____